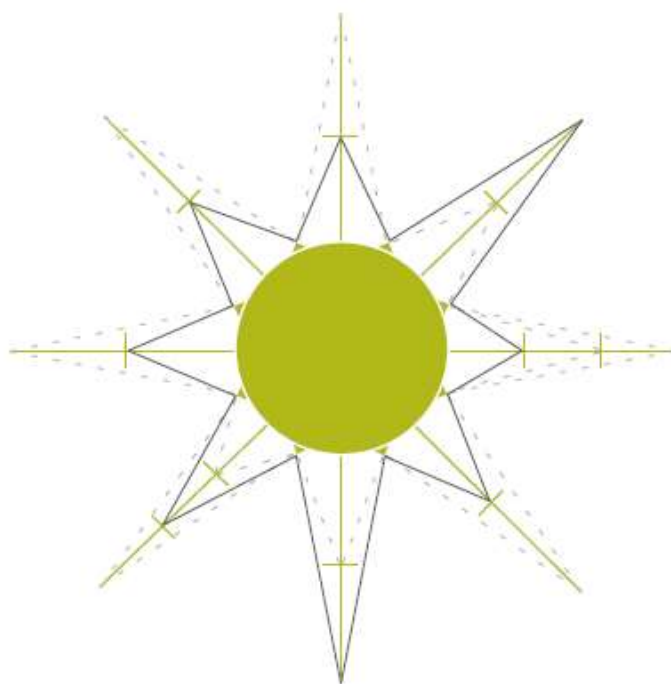


Gävleborgs Hälsosamtal

Manual

Version 7.0 2018-06-14



Innehåll

1. Introduktion och bakgrund	1
2. Mål och syfte	3
3. Målgrupp	3
4. Hälsöfrämjade förhållningssätt	3
4.1 Förändring som process	3
4.2 Motiverande samtal (MI)	4
5. Metod för Gävleborgs hälsosamtal	5
5.1 Erbjudande och inbjudan.....	5
5.2 Hälsosamtalsenkät och journalblad	5
5.3 Hälsosamtalet	6
5.4 Stjärnprofilen.....	6
5.4.1 Kriterier för stjärnprofilen	8
5.4.2 Tips till stjärnprofilen.....	10
5.5 Dokumentation i hälsosamtalswebb.....	10
5.6 Dokumentation i patientjournal.....	11
6. Kvalitetssäkring och uppföljning	11
7. Rekommendationer och åtgärder	12
7.1 Livsvillkor	12
7.2 Allmänt hälsotillstånd	12
7.3 Tidigare sjukdom och ärftlighet	13
7.4 Stress	14
7.5 Sömn.....	14
7.6 Tillfredsställelse i hem- och familj, arbete/sysselsättning och fritid	15
7.7 Tobak.....	16
7.8 Fysisk aktivitet	17
7.9 Matvanor	19
7.10 Vikt och övervikt.....	21
7.11 Alkoholvanor.....	22
7.12 Blodtryck.....	24
7.13 Blodsocker.....	25
7.14 Blodfetter.....	25
8. Egenvårdsmaterial	27
9. Referenser.....	27
Bilaga 1 SCORE och riskålder.....	29
Bilaga 2 Uppdrag och organisation Gävleborgs hälsosamtal.....	30

1. Introduktion och bakgrund

De stora folksjukdomarna hjärtinfarkt, stroke, diabetes och vissa cancersjukdomar har många gemensamma bakomliggande orsaker vilka i hög grad beror på våra levnadsvanor och levnadsförhållanden. WHO har beräknat att sunda levnadsvanor kan förebygga 80 procent av all kranskärlsjukdom och stroke och 30 procent av all cancer. Sunda levnadsvanor kan också förebygga och fördröja utvecklingen av diabetes typ 2 (WHO 2011).

Invånarna i Gävleborg har kortare medellivslängd och en överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar i jämförelse med riket (Socialstyrelsen 2016). I länet finns, i förhållande till riket, en större andel invånare med enbart grundskoleutbildning och en större andel arbetare. Enligt nationella folkhälsoenkäten (2014) har Gävleborg en större andel i befolkningen som inte äter tillräckligt med frukt och grönt och en större andel som snusar än riket. Gävleborg har även en större andel män med fetma och en större andel män som är otillräckligt fysisk aktiva jämfört med rikets män.

Mot bakgrund av länets sjukdomsburda, framförallt en hög översjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar, gav hälso- och sjukvårdsnämnderna i Gästrikland år 2000 primärvården i uppdrag att utveckla ett hjärt-kärlprogram med förebyggande åtgärder. Erfarenheter från lokala utvärderade hjärt-kärlprojekt; SMART 1993–1996, Hjärtprofilen 1996–2000 och Ockelboprojektet 2000-2001, låg till grund för hjärt-kärlprogrammet och dess hälsosamtal. Rekommendationerna i hjärt-kärlprogrammet byggde på internationell och nationell vetenskap (Västerbottens läns landsting 1995, Fagerberg et al 1998, Weinehall et al 2001) samt beprövad erfarenhet där Norsjö-modellen var inspirationskälla, idag kallat Västerbottens hälsoprogram.

Huvudfokus för hälsosamtalen ligger på en dialog om levnadsvanor till alla som bjuds in, men samtidigt fångas också en del högriskindivider in. I hälsosamtalen kombineras alltså en lågriskstrategi och en högriskstrategi. Lågriskstrategin har stöd i Rose (1981) så kallade preventiva paradox. Den innebär att ett stort antal människor som utsätts för låg risk sannolikt producerar fler fall än ett litet antal som utsätts för hög risk.

Gävleborgs hjärt-kärlprogram är sedan 2001 gällande rutin i Gästrikland. Programmet utvidgades 2006 till att omfatta hela primärvården i Gävleborg. Mellan åren 2001-2006 erbjöds både målgruppen 35-åringar och 40-åringar hälsosamtal. Sedan 2007 erbjuds endast 40-åringar hälsosamtal. Från 2010 ingår hälsosamtalen med 40-åringar i basuppdraget för primärvården och ersätts med målrelaterad ersättning. Se bilaga 2 kring nuvarande uppdrag och organisation.

Levnadsvanor påverkar inte bara risken att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar (Yusuf et al 2004, WHO 2011) och diabetes (WHO 2011) utan även andra sjukdomar exempelvis vissa cancerformer (WHO 2011). År 2013 bestämde styrgruppen för hjärt-kärlprogrammet att utveckla metodiken. Det bestämdes att hjärt-kärlprogrammet skulle ersättas med en ny utvecklad arbetsmetodik kallad Gävleborgs hälsosamtal.

Utvecklingsarbetet skedde i dialog med en expertgrupp med representanter från primärvården och hälsovalskontoret samt genom erfarenhetsutbyte med Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland, Landstinget Sörmland samt Jönköpings läns landsting. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder från 2011 har

beaktats. Utgångspunkten i Västerbottens hälsoprogram förstärktes och deras verktyg ”Stjärnprofilen” influerade Gävleborgs nya pedagogiska visuella verktyg.

I dagsläget (2018) erbjuder åtta av Sveriges 21 landsting/regioner systematisk utvalda åldergrupper att delta i hälsoundersökningar/hälsosamtal som är riktade mot hjärt-kärlsjukdomar och diabetes.

På uppdrag av det svenska Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) gjordes 2015 en sammanställning av det internationella kunskapsläget om riktade hälsoundersökningar/ hälsosamtal samt en kartläggning av svenska erfarenheter från riktade hälsoundersökningar/ hälsosamtal. Kartläggningen visade att de svenska programmen som genomförs i landstings/regionregi har flera gemensamma nämnare. De skiljer sig från internationella program genom att alla bedrivs integrerat i primärvården, bygger på en dialog med deltagaren, erbjuds samtliga i målgruppen, har ett centralt samordnat kompetens- och metodstöd och använder ett visuellt pedagogisk hjälpmedel till stöd för den individanpassade dialogen. I rapporten beskrivs att flera av programmen inte har pågått under så lång tid, men visar redan goda resultat. I de fall programmen bedrivits under en längre tid finns evidens för ett verksamt koncept (Hatt et al 2015, Blomstedt et al 2015). Det framgår också från landstings/regionernas erfarenheter att personalen som utför hälsosamtal erhåller en kompetens som bör vara till stor nytta för övrig verksamhet (Hatt et al 2015). Utvärderingar visar en positiv effekt med lägre mortalitet, både på befolkningsnivå (deltagare och icke deltagare sammantaget) och i ännu högre grad bland deltagarna i jämförelse med motsvarande grupper nationellt (Blomstedt et al 2015).

Lindholm et al (2018) har beräknat att den förbättrade hälsan och ökade livslängden i Västerbotten har inneburit besparingar för hälso- och sjukvården som är 50 procent större än kostnaderna för programmet. Varje extra levnadsår med full livskvalitet för västerbottningarna som deltagit har i genomsnitt kostat samhället 650 kronor. Det kan jämföras med tumregeln som finns nationellt för kostnadseffektiv sjukvård, där en halv miljon kronor anses vara en måttlig kostnad för ett extra levnadsår med full livskvalitet.

I slutbetänkandet av Kommissionen för jämlik gör kommissionen bedömningen att landstingen behöver stärka förutsättningar för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete i den vuxna befolkningen dels när det gäller rådgivning om levnadsvanor för patienter men också genom uppsökande insatser. Kommissionen anser att det bör ske på ett liknande sätt som skett i Västerbotten i syfte att förebygga de stora folksjukdomarna (Statens offentliga utredningar 2017). I Socialstyrelsens rapport (2018) sammanfattas exempelvis att det finns flera positiva trender när det gäller förutsättningar för en hälsoinriktad, kunskapsbaserad och patientcentrerad hälso- och sjukvård för personer med kroniska sjukdomar bland annat att hälsosamtal för primärprevention introduceras i ökad utsträckning.

Denna manual är ett kvalitetssäkringsinstrument, en kunskapsbank och ett redskap vid genomförande av hälsosamtalen. Delar av innehållet är hämtat från Västerbottens hälsoundersökningar. Manualen revideras årligen samt vid behov. Vid frågor kring innehållet kontakta Sara Sjölin tfn 026-15 86 21 eller Ulrika Olsson tfn 026-15 30 33 vid avdelning Folkhälsa och hållbarhet, Region Gävleborg.

2. Mål och syfte

Det övergripande målet med Gävleborgs hälsosamtal är att öka befolkningens hälsa och välbefinnande.

Processmål

- Hälsosamordnare på varje hälsocentral med avsatt tid att arbeta med hälsosamtalen
- 100 procent av hälsosamordnarna har utbildning i hälsofrämjande samtalsmetodik
- Medarbetarna på hälsocentralerna är engagerade i hälsosamtalen
- 100 procent av 40-åringarna i Gävleborg erbjuds hälsosamtal det år de fyller 40 år

Resultatmål

- 60 procent av 40-åringarna i länet deltar i Gävleborgs hälsosamtal
- Deltagarna är representativa för befolkningen
- Deltagarna ökar sitt medvetande om sambandet mellan levnadsvanor och hälsa
- Deltagarna förändrar sina levnadsvanor i positiv riktning

Syftet med Gävleborgs hälsosamtal på individnivå är att

- Öka deltagarens förutsättningar för en god framtida hälsa och välbefinnande genom att höja dennes medvetande om sambandet mellan levnadsvanor och hälsa
- Stimulera till egna hälsofrämjande och förebyggande insatser
- Identifiera och ge särskilt stöd till levnadsvaneförändring till personer som löper risk att drabbas av sjukdom
- Identifiera och tidigt hänvisa personer med kraftigt förhöjd risk eller sjukdom till hälso- och sjukvården

3. Målgrupp

Målgruppen är alla 40-åringar som är folkbokförda i Gävleborg.

Metodiken kan även med fördel användas i hälsosamtal med patienter som har ohälsosamma levnadsvanor eller riskfaktorer för levnadsvanesjukdomar samt med patienter som har sjukdomar där samband finns med levnadsvanor.

4. Hälsofrämjade förhållningssätt

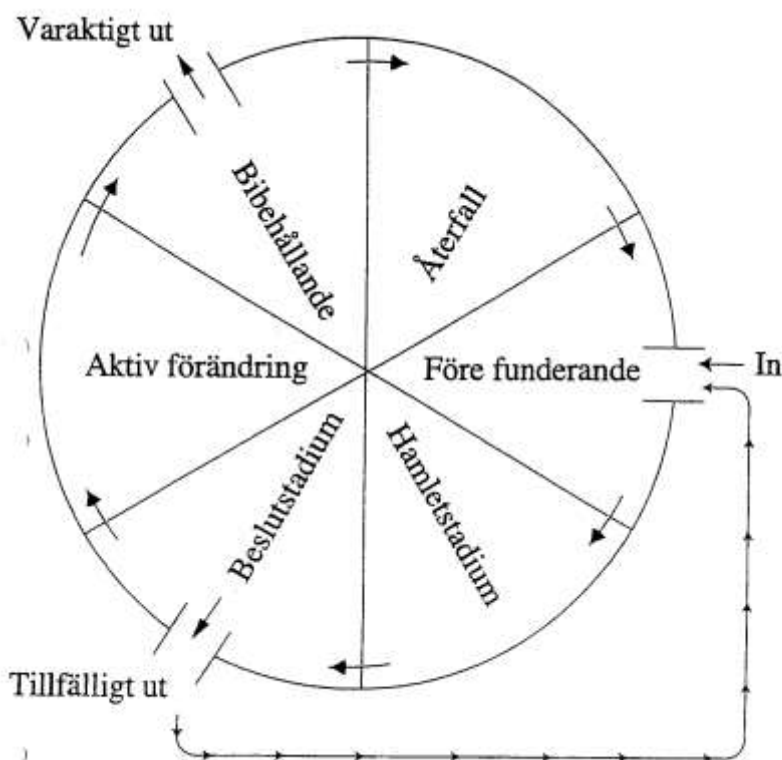
Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser handlar bland annat om att stödja individer till förändringar av ohälsosamma levnadsvanor. Även om utgångsläget varierar finns alltid möjligheter till förändring. I samtalet mellan individ och hälso- och sjukvårdspersonal kan en sådan process starta eller förstärkas. Därför kan hälsosamtalen vara en nyckel i ett förändringsarbete. Utgångspunkt för förändringsarbete är att stärka den enskilda individens kontroll över sin situation. Hälsosamtalen ger möjlighet att spåra och ge råd om frisk- och riskfaktorer. Det innebär också i många fall en möjlighet att samtala om annat än det som man vanligen söker hälsocentralen för. Den lyhördhet och varsamhet som individen möter i samband med hälsosamtal och uppföljning kan ha avgörande betydelse.

4.1 Förändring som process

All beteendeförändring sker steg för steg i en process. De allra flesta är initialt nöjda med sina beteenden vare sig det rör sig om högt matintag, brist på fysisk aktivitet, rökning eller riskabelt hög alkoholkonsumtion. De funderar inte på någon förändring och har kanske inte reflekterat över samband mellan kroppsliga symtom och sitt beteende. Vad som gör att en

person börjar överväga en förändring är olika för olika personer. Det kan t ex vara upplevt allmänt obehag, att omgivningen har reagerat eller utifrån informationen i ett hälsosamtal. Det är vanligt med ambivalenta känslor inför en eventuell beteendeförändring. För att få ett konstruktivt samtal är det viktigt att finna vart individen befinner sig i sin förändringsprocess för att hitta rätt nivå på interventionen.

Figur 1: Prochaskas och DiClementes modell för förändringsprocessen (1982)



Före funderande: Inger inte att problem finns, Känner inte till riskerna.

Hamletstadiet: Begrundar för- och nackdelar, ambivalens, vill och vill inte.

Beslutsstadiet: Det negativa väger över och beslut till förändring tas.

Aktiv förändring: Genomför den process som krävs.

Bibehållande: Befäster förändringen. Klaras det så lämnas cirkeln.

Återfall: Kan leda in i första stadiet igen.

4.2 Motiverande samtal (MI)

Motiverande samtal innebär ett empatiskt och patientcentrerat förhållningssätt, en rådgivningsstil och lyssnarteknik som bygger på grundläggande principer och strategier hämtade ur "Motivational Interviewing" utvecklad av Miller & Rollnick (2003). Den är väl beprövad och rekommenderas som samtalsmetod i hälsosamtalen. Sammanfattande punkter kring MI är:

- Patientcentrerat förhållningssätt
- Öppna frågor
- Lyssna reflektivt
- Försök bedöm motivationsnivån
- Gå in på viktiga frågor
- Erbjud din kunskap
- Personen väljer själv väg

Mer information om motiverande samtal finns på www.regiongavleborg.se/halsoframjande

5. Metod för Gävleborgs hälsosamtal

Nedan följer metodbeskrivning av hälsosamtalsdelar och upplägg.

5.1 Erbjudande och inbjudan

Samtliga länsbor ska det år de fyller 40 år erbjudas hälsosamtal från sin hälsocentral. Erbjudande om hälsosamtal till 40-åringar avser ett **kostnadsfritt besök** för hälsosamtal samt beslutad aktuell provtagning. För hälsosamtal riktade till patienter med riskfaktorer eller sjukdom gäller ordinarie patientavgift enligt avgiftshandboken.

Hälsovalskontoret skickar i början av året ut ett brev till alla 40-åringar som informerar om att de kommer att få ett erbjudande om hälsosamtal från sin hälsocentral. Hälsocentralerna har sedan ansvar att skicka ut en personlig inbjudan till sina respektive 40-åringar. Tidpunkten för inbjudan kan spridas med hänsyn till vilken månad deltagaren är född på.

Erbjudandet ska nå alla listade 40-åringar (såväl aktivt listade och tilldelade). Listade 40-åringar hämtas från *Befolkningsregistret*, förslagsvis varannan månad. Har patienten bytt hälsocentral rapporteras den över till vederbörande hälsocentral.

Till inbjudan bifogas informationsbrevet ”*Välkommen till ett hälsosamtal! Erbjudande till dig som fyller 40 år*” och *Hälsosamtalsenkäten* som finns att beställa utan kostnad på http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/service-och-stod/bestall_informationsmaterial/Levnadsvanor/. Informationsbrevet finns översatt till engelska och arabiska på www.regiongavleborg.se/halsosamtal.

Kallelsen finns i PMO. Förbokad tid medföljer inbjudan. Inbjudan kan även ske genom exempelvis telefonkontakt.

En påminnelse inför hälsosamtalet kan göras. Vid uteblivet besök kan en ny inbjudan skickas ut efter två till tre veckor.

Hälsocentralen/hälsosamordnaren för manuell statistik av antal listade och antal erbjudna 40-åringar. Vid årets slut mailas en frågeblankett till hälsosamordnarna där bland annat detta ska rapporteras. Informationen ligger till grund för den årliga sammanställningen på regionövergripande nivå.

5.2 Hälsosamtalsenkät och journalblad

Hälsosamtalsenkäten bifogas inbjudan så att deltagaren kan fylla i den hemma och sedan ta med den ifylld till hälsosamtalet. Via enkätsvaren får hälsosamordnaren ett underlag och överblick över deltagarens situation och levnadsvanor vilket ger struktur till dialogen.

Journalbladet, med mätvärden, är ett arbetsblad till hjälp för hälsosamordnaren. Det kan användas för att skriva ner mätvärden, provsvar och om tillåtelse att dokumentera i hälsosamtalswebben.

Enkätsvaren och journalbladet med mätvärden dokumenteras i den externa modulen hälsosamtalswebben (se rubrik 5.5) efter hälsosamtalet (eller någon gång under samtalet).

Hälsosamtalsenkät och journalblad finns att beställa utan kostnad via http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/service-och-stod/bestall_informationsmaterial/Levnadsvanor/.

[stod/bestall_informationsmaterial/Levnadsvanor](http://www.regiongavleborg.se/halsosamtal) eller att skriva ut på www.regiongavleborg.se/halsosamtal. Vid beställning av material ska kostnadsställe uppges. För privata hälsocentraler anges kostnadsställe 00000.

5.3 Hälsosamtalet

Hälsosamtalet innehåller följande delar:

- Deltagaren informeras om syftet med hälsosamtalet
- Mätning av längd och vikt för beräkning av BMI, utan skor
- Mätning av midjemått, ska ske direkt mot huden
- Provtagning av P-glukos
- Mätning av blodtryck. Mäts sittande efter 5 minuters vila i höger arm med armen i jämnhöjd med hjärtat
- Deltagaren tillfrågas om tillstånd för dataregistrering i hälsosamtalswebben
- Dokumentation av hälsosamtalsenkät och provsvar i hälsosamtalswebben om deltagaren samtycker till registrering
- Hälsosamtalet utgår från resultatet av enkät svar, provtagning, helhetsbedömning av levnadsvanorna/stjärnprofilen och deltagarens önskemål. Rekommenderad samtalsmetod är motiverande samtal, MI
- *Min stjärnprofil* fylls i tillsammans med deltagaren. Deltagaren formulerar sina egna mål på baksidan av bladet och skriver under. Den tar deltagaren med sig hem
- Råd ges och egenvårdsmaterial delas ut utifrån deltagarens hälsostatus och önskemål. Alla deltagare bör få informationsfoldern *Dina levnadsvanor* med sig hem
- Finns en eller fler riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom¹ skall lipidstatus beställas
- Kort dokumentation i omvårdningsjournal utifrån genomfört hälsosamtal, avvikande värden samt eventuella åtgärder samt åtgärskod DV030

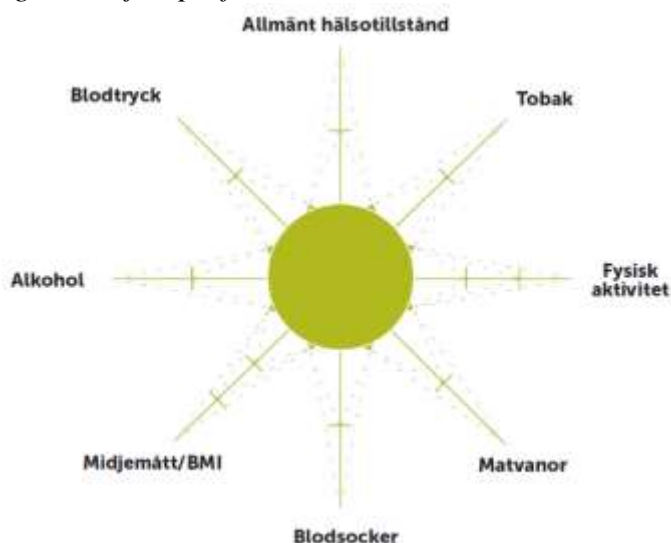
5.4 Stjärnprofilen

Det främsta syftet med hälsosamtalet är att öka deltagarens förutsättningar för en god framtida hälsa och välbefinnande genom att höja medvetandet om sambandet mellan levnadsvanor och hälsa och erbjuda/ge stöd till förändring. Deltagaren ska få en helhetsbild av sin hälsa och inte få den uppdelad i olika delar. Genom att använda stjärnan som verktyg kan det i många fall vara lättare både att sammanfatta helheten och att visa hur de olika delarna hänger ihop.

¹ Se även kap 7.14. Målgrupper för mätning av blodfetter, enligt Läkemedelsverket (2018):

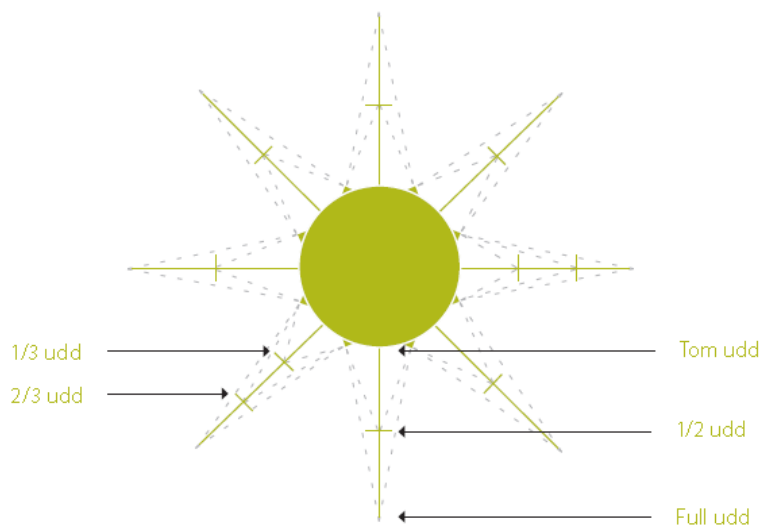
- Personer med hjärt-kärlsjukdom. Vid genomgången hjärtinfarkt eller annan manifestation av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom
- Personer utan hjärt-kärlsjukdom men med risk för hjärt-kärlsjukdom, t ex diabetes, hypertoni eller andra riskfaktorer som nedsatt glukostolerans, njursjukdom, leversjukdom, hypotyreos, kostavvikelser, hög alkoholkonsumtion, rökning och övervikt, framförallt bukfetma
- Familjära lipidrubbingar

Figur 2: Stjärnprofilen



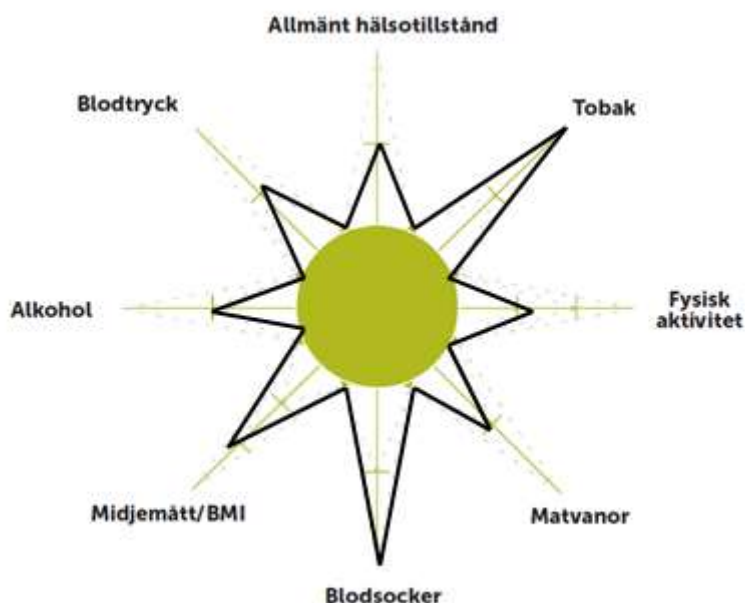
Stjärnprofilen innehåller utvalda frågor från hälsosamtalsenkäten och fångar in åtta påverkbara områden. Stjärnprofilen fylls i under hälsosamtalet, dvs stjärnuddarna ritas in och mätvärdena skrivs in. Full udd är optimalt, då framträder en stjärna med åtta uddar. Sex av stjärnuddarna har tre nivåer: full udd, halv udd och tom udd. Två stjärnuddar har fyra nivåer: hel udd, 1/3-udd, 2/3-udd och tom udd.

Figur 3: Uddarna i stjärnprofilen



De flesta får inte en perfekt åttauddig stjärna. Men stjärnan pekar på möjligheter och förbättringsområden som i många fall har spridningseffekter.

Figur 4: En ifylld stjärnprofil kan se ut så här:



Denna ifyllda stjärnprofil visar en deltagare som inte röker eller snusar och har en bra blodsockernivå. Däremot skulle den fysiska aktivitetsnivån kunna öka och matvanorna bli bättre, likaså kan deltagaren behöva fundera över sitt alkoholintag och sin vikt eller BMI ur nuvarande eller framtida hälsosynpunkt. Förändras någon eller några av dessa levnadsvanor påverkas även blodtrycket, som nu är lite för högt, dvs förutsättningarna för en god hälsa och välbefinnande ökar. Denna deltagare ska erbjudas provtagning av lipider.

Utifrån hälsosamtalet formulerar deltagaren sina egna mål. På baksidan av *Min stjärnprofil* skriver den sedan en överenskommelse med sig själv. Deltagararen tar med sig *Min stjärnprofil* hem.

Min stjärnprofil finns att beställa utan kostnad via http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/service-och-stod/bestall_informationsmaterial/Levnadsvanor/ eller skriva ut på www.regiongavleborg.se/halsosamtal

5.4.1 Kriterier för stjärnprofilen

I följande tabell finns *riktvärden* för de åtta utvalda frisk/riskfaktorerna. I tabellen anges varje nivå för stjärnuddarna. I de fall svar och värden vägs samman i en udd, för alkohol (veckokonsumtion och intensivkonsumtion), BMI/midjemått och systoliskt/diastoliskt blodtryck bör det minst gynnsamma värdet användas.

Tabell 1: Kriterier och riktvärden för stjärnprofilen

Frisk/riskfaktor	Kommentar	Nivåer för stjärnan																				
Allmänt hälsotillstånd	Fråga 6 i enkäten om allmänna hälsotillståndet	Full udd: Mycket bra/ganska bra Halv udd: Någorlunda Tom udd: Dåligt/mycket dåligt																				
Tobak	Röker eller snusar	Full udd: Röker aldrig, snusar aldrig Halv udd: Snusar (dagligen, inte dagligen) Tom udd: Röker (dagligen, inte dagligen)																				
Fysisk aktivitet	Aktivitetsminuter är summan i fråga 17 + 18. Vardagsmotion + fysisk träning x 2.	Full udd: ≥ 150 aktivitetsminuter/vecka 2/3-udd: 120-149 aktivitetsminuter/vecka 1/3-udd: 60- 119 aktivitetsminuter/vecka Tom udd: < 60 aktivitetsminuter/vecka																				
Matvanor	Socialstyrelsens kostindex, fråga 21-24	Full udd: 9-12 poäng Halv udd: 5-8 poäng Tom udd: 0-4 poäng																				
Alkohol <i>Veckokonsumtion eller intensivkonsumtion, den minst gynnsamma konsumtionen används</i>	Veckokonsumtion (fråga 30) =standardglas/vecka Intensivkonsumtion (fråga 31) = Man ≥ 5 standardglas vid samma tillfälle Kvinna ≥ 4 standardglas vid samma tillfälle	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Man</td> <td style="text-align: center;">Kvinna</td> </tr> <tr> <td>Full udd: < 14 glas</td> <td>< 9 glas</td> </tr> <tr> <td>Tom udd: ≥ 14 glas</td> <td>≥ 9 glas</td> </tr> </table> Full udd: Aldrig eller mer sällan än 1 ggr/månad Halv udd: Varje månad Tom udd: Varje vecka, dagligen eller nästan dagligen	Man	Kvinna	Full udd: < 14 glas	< 9 glas	Tom udd: ≥ 14 glas	≥ 9 glas														
Man	Kvinna																					
Full udd: < 14 glas	< 9 glas																					
Tom udd: ≥ 14 glas	≥ 9 glas																					
Vikt <i>BMI eller midjemått, det minst gynnsamma värdet används</i>	BMI Midjemått	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Man</td> <td style="text-align: center;">Kvinna</td> </tr> <tr> <td>Full udd: < 25</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2/3-udd: 25-27,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1/3-udd: 28-29,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tom udd: ≥ 30</td> <td></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Man</td> <td style="text-align: center;">Kvinna</td> </tr> <tr> <td>Full udd: < 94cm</td> <td>< 80 cm</td> </tr> <tr> <td>2/3-udd: 94-97,9 cm</td> <td>80-83,9 cm</td> </tr> <tr> <td>1/3-udd: 98-102 cm</td> <td>84-88 cm</td> </tr> <tr> <td>Tom udd: > 102 cm</td> <td>> 88 cm</td> </tr> </table>	Man	Kvinna	Full udd: < 25		2/3-udd: 25-27,9		1/3-udd: 28-29,9		Tom udd: ≥ 30		Man	Kvinna	Full udd: < 94 cm	< 80 cm	2/3-udd: 94-97,9 cm	80-83,9 cm	1/3-udd: 98-102 cm	84-88 cm	Tom udd: > 102 cm	> 88 cm
Man	Kvinna																					
Full udd: < 25																						
2/3-udd: 25-27,9																						
1/3-udd: 28-29,9																						
Tom udd: ≥ 30																						
Man	Kvinna																					
Full udd: < 94 cm	< 80 cm																					
2/3-udd: 94-97,9 cm	80-83,9 cm																					
1/3-udd: 98-102 cm	84-88 cm																					
Tom udd: > 102 cm	> 88 cm																					
Blodsocker	P-glukos (icke faste)	Full udd: $\leq 7,7$ Halv udd: 7,8-12,1 Tom udd: $\geq 12,2$																				
Blodtryck <i>Sittande efter 5 minuters vila. Om systoliskt och diastoliskt ligger i olika uddar används det högsta värdet</i>	Systoliskt/diastoliskt	Full udd: $\leq 139/\leq 89$ Halv udd: 140-159/90-99 Tom udd: $\geq 160/\geq 100$ <i>Blodtrycksmedicinering:</i> <i>Full udd:</i> $< 140/< 90$ <i>Tom udd:</i> $\geq 140/\geq 90$ <i>Diabetiker:</i> <i>Full udd:</i> $< 130/< 80$ <i>Tom udd:</i> $\geq 130/\geq 80$																				

5.4.2 Tips till stjärnprofilen

- Skriv in uppmätta värden i avsedda rutor i *Min stjärnprofil*.
- Riskfaktorer samverkar och förstärker varandras effekter. Även om samband finns mellan riskfaktorer och sjukdom så betyder det inte att alla, eller i många fall ens huvuddelen av de individer som har riskfaktorn, kommer att insjukna. Det är därför viktigt att förklara att deltagare som har en riskfaktor inte automatiskt kommer att drabbas av sjukdom. Det är också så att den som endast har en starkt förhöjd riskfaktor kan ha en lägre total risk än den som har flera lätt förhöjda faktorer.
- Överenskommelsen på sidan två i *Min stjärnprofil* används för att synliggöra deltagarens målsättning. Det är deltagarens överenskommelse med sig själv (inte med hälsosamordnaren). Det är önskvärt att deltagaren under samtalet kommer fram till möjliga förbättringsområden eller hur hen ska kunna behålla en gynnsam stjärnprofil.
- Stjärnan pekar på möjligheter och förbättringsområden som i många fall har spridningseffekter. Mer fysisk aktivitet påverkar också vikt, blodtryck och blodsocker åt rätt håll. I rätt omfattning ökar också självskattad hälsa. Sänkt vikt ger i sin tur lägre blodtryck. Den som slutar röka får lägre blodtryck, bättre blodfetter etc.
- Se möjligheterna och helheten. Vi har alla våra brister. Det är vanligt att alla uddar inte är fyllda till spetsen, men det kan ändå vara Ok.
- Dokumenteras hälsosamtalsenkät och journalblad med mätvärden under pågående hälsosamtal kan det via hälsosamtalwebben erhållas hjälp att avgöra hur uddarna i stjärnprofilen ska fyllas i.
- Riskålder kan användas som komplement, se bilaga 1.

5.5 Dokumentation i hälsosamtalswebb

Hälsosamtalen ska dokumenteras i *hälsosamtalswebben*. För att kunna lägga in deltagare i hälsosamtalswebben och registrera enkätsvar och provsvar krävs att hälsosamordnaren är registrerad som användare. Kontakta Sara Sjölin om förändringar sker, dvs om det tillkommer nya hälsosamordnare som ska läggas upp, om en hälsosamordnare ska registrera för fler hälsocentraler etc.

Dokumentationen ligger till grund för att på gruppnivå följa utvecklingen av Region Gävleborgs sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete. Tillåtelse att dokumentera deltagarens uppgifter i hälsosamtalswebben inhämtats muntligt. Frågan om detta finns i arbetsbladet Journalblad, men dokumenteras i Enkät i hälsosamtalwebben. Om deltagaren inte samtycker till dokumentation ska steg 1- 6 nedan ändå genomföras.

Programmet hämtas enligt nedan i PMO:

1. Aktuell person hämtas i PMO
2. Välj innehåll och sedan integrerade program och länkar, välj Hälsosamtal webversion. **Microsoft Internet Explorer startar upp**. Klicka i programrutan nederst på skärmen, om programmet inte syns på hela skärmen. Programmet syns nu på skärmen. Namn och födelsenummer på aktuell deltagare följer automatiskt med
3. Välj Skapa ny ”Enkät”
4. Välj besöksdatum (om besöket avser annan dag än dagens datum)
5. Välj typ av besök (40-årsbesök är redan ifyllt, om besöket avser ett icke 40-års hälsosamtal eller en uppföljning välj ”Övriga patienter”)
6. Väljs ”Enkät” först kommer rutan om deltagaren ger sitt tillstånd till registrering att behöva fyllas i (”ja”) och sparas innan enkätfrågorna visas. Fyll i svaren och klicka ”spara”. Om tillåtelse inte erhålls ska rutan ”Nej” fyllas i. Då kan ingen övrig dokumentation i hälsosamtalswebben ske
7. Välj ”Nästa formulär”, fyll i och klicka ”spara”
8. Ni kan nu välja ”Visa stjärnan” och då kommer punkterna i stjärnan att vara i-prickade, förutsatt att alla värden som räknas in i stjärnprofilen är ifyllda. Detta ska ses som en vägledning för ifyllnad av stjärnprofilen, och inte skrivas ut till deltagaren.
9. Stäng ner hälsosamtalswebben på kryssset i övre högra hörnet när den inte ska användas på ett tag. Det finns ingen ”logga ut”-knapp.

Kolesterolvärden ska dokumenteras i hälsosamtalwebben **i efterhand**. Hämta upp patienten och hälsosamtalwebben enligt ovan. Välja ”ändra befintlig” och sedan ”journalblad”.

Det går att scrolla och klicka i svaren med musen, man kan även ”tabba” sig fram och fylla i svaren med ”mellanslagsknappen/space” och förflytta sig mellan svarsalternativen med piltangenterna.

Efter inmatning ska hälsosamtalsenkäten köras i dokumentförstöraren.

5.6 Dokumentation i patientjournal

Kontakt- och åtgärdsregistrering ska ske med kontakttyp *FHsskMottbesök* eller *FHuskMottbesök* och åtgärds kod DV030 i omvårdnadsjournalen. Denna åtgärds kod gäller för både 40-åringar och riskpatienter. Kort dokumentation av hälsosamtalet och dess utfall antecknas också i journalen.

6. Kvalitetssäkring och uppföljning

Det har sedan 2002 årligen sammanställts rapporter kring hälsosamtalen. En blankett som ligger till grund till de rapporterna skickas ut vid årets slut med frågor angående årets verksamhet där bland annat antal listade, antal erbjudna och antal deltagande 40-åringar ska rapporteras. Hälsocentralen bör för detta ändamål föra manuell bokföring av antal listade och antal erbjudna 40-åringar.

Ur hälsosamtalwebben kan rapporter tas ut angående hälsocentralens deltagares utfall på exempelvis årsbasis. Hämta upp programmet och välj ”Rapporter”. Fyll sedan i fälten ”Åldersgrupp/personnummerurval”, med exempelvis fr om 19780101 t o m 19781231. Välj ”Enkät + Journal” och välj sedan ”Visa rapport”.

7. Rekommendationer och åtgärder

De rekommendationer och åtgärder som erbjuds ska vara individuellt anpassade. Dialogen bör utmynna i att deltagaren själv utformar sina mål för levnadsvaneförändringar och skriver in dessa på baksidan av Stjärnprofilen.

Egenvårdsinformation ska ges utifrån riskfaktorer, stjärnprofil och deltagarens önskemål. Deltagaren kan remitteras, hänvisas eller rekommenderas t ex tobaksavvänjning, kvalificerat rådgivande samtal om matvanor, rådgivande samtal om fysisk aktivitet och FaR, rådgivande samtal kring riskbruk av alkohol, viktminskning eller stresshantering. Sker detta inom Region Gävleborg gäller högkostnadsskydd för enskilda- eller gruppbehandlingar.

Deltagare med goda levnadsvanor och medicinska resultat ska motiveras att behålla eller förbättra sina levnadsvanor.

Nedan ges rekommendationer som hjälper till att tolka resultaten utifrån hälsosamtalsenkät, provtagning och hälsosamtal. Det rekommenderas att hälsosamordnaren genomför livsstilskursen på www.sundkurs.se.

7.1 Livsvillkor

Fråga 1-5 i hälsosamtalsenkäten speglar en del av livsvillkoren. Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelad i befolkningen. Generellt sett har personer med kort utbildning sämre hälsa än dem med längre utbildning. I yrkesverksamma åldrar är dödligheten mer än dubbelt så hög bland personer med förgymnasial utbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning. De stora dödsorsakerna i befolkningen (hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser) är vanligare bland dem med kort utbildning. De som har kort utbildning upplever också sin hälsa som sämre och har mer psykisk ohälsa. Utbildning är en indikator på socioekonomiska förhållanden och kan påverka hälsan genom flera mekanismer, däribland lägre hälsorisker i arbetslivet, mindre ekonomisk utsatthet och mindre stress. Daglig rökning och fetma är också vanligare bland de med kort utbildning. Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt är vanligare om en person har ekonomiska problem, är utan sysselsättning eller är född utanför Sverige (Statens Folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen 2013).

Kvinnor lever i genomsnitt längre än män, medan män som grupp har en bättre självrapporterad hälsa, än kvinnor. En något större andel kvinnor än män röker dagligen, men för andra levnadsvanor såsom stillasittande fritid, låg frukt- och grönt konsumtion, snusning och alkoholkonsumtion är män mer drabbade än kvinnor (Karolinska Institutet 2009).

Tolkning av resultat och åtgärder:

Ingen udd är kopplad till dessa frågor. Personer med god utbildning och ekonomi och förhållandevis små vardagsbekymmer har kanske redan tagit till sig hälsobudskapet. Därför kan det vara mer angeläget att ägna mer uppmärksamhet och tid åt personer/grupper som inte är gynnande i detta avseende.

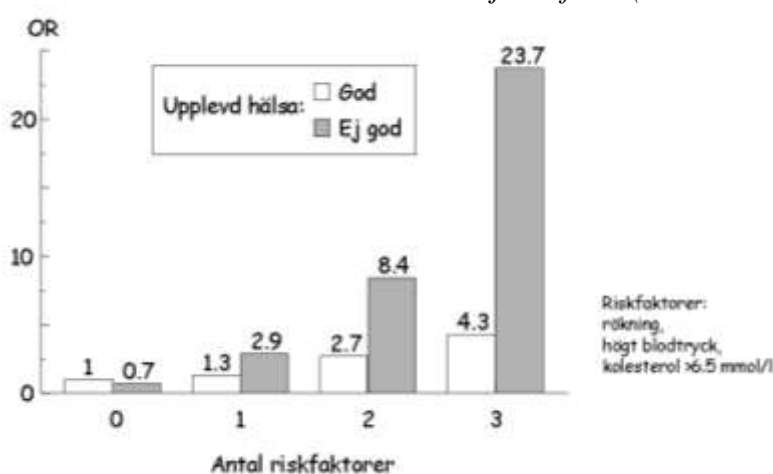
7.2 Allmänt hälsotillstånd

Fråga 6 rör deltagarens allmänna hälsotillstånd. Det finns ett samspel mellan självskattad dålig hälsa och förekomsten av många riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom samt ökad risk för förtidspensionering, utnyttjande av sjukvård, sjuklighet, kronisk sjukdom, nedsatt

kroppsfunction och dödlighet (Idler et al 1997, Fayers et al 2002, DeSalvo et al 2005, Blomstedt 2009).

Nedan illustreras samvariationen mellan upplevd hälsa och riskfaktorerna blodtryck, rökning och kolesterol till risk att insjukna i akut hjärtinfarkt. De individer som mådde någorlunda eller sämre hade, jämfört med de som upplevde en god hälsa, större risk för sjukdom vid varje riskfaktornivå. Det finns dessutom en kombinationseffekt; hos de som inte hade någon av riskfaktorerna fanns ingen ökad hjärtinfarkt risk, men sedan ökade risken markant för varje riskfaktor som tillkom. Det visar den roll som det allmänna hälsotillståndet kan spela i helheten (Weinehall et al 1998).

Figur 5: Samvariation mellan upplevd hälsa och riskfaktorerna blodtryck, rökning och kolesterol till risk att drabbas av akut hjärtinfarkt (Weinehall et al 1998).



Tolkning av resultat samt åtgärder:

Full udd	Hälsotillståndet mycket bra eller bra
Halv udd	Hälsotillståndet är någorlunda
Tom udd	Hälsotillståndet är dåligt eller mycket dåligt

Om deltagaren anger sitt allmänna hälsotillstånd som någorlunda, dåligt eller mycket dåligt (halv eller tom udd) innebär det att övriga riskfaktorer får större tyngd. Det finns särskild anledning att fördjupa samtalet och knyta an till fråga 11-13 om stress, sömn och livssituation. Egenvårdsmaterial kan delas ut. Bedöm om behov finns av ytterligare insatser. Tid till läkare eller psykosocialt team kan bli aktuellt.

7.3 Tidigare sjukdom och ärftlighet

Fråga 7-10 rör tidigare sjukdom eller ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Vid tidiga infarkter finns oftare ärftliga inslag än när den första hjärtinfarkten kommer vid högre ålder.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Ingen udd är kopplad till dessa frågor. Deltagare med tidigare sjukdom som har ytterligare minst en riskfaktor eller redan känd organskada räknas alltid som ”mycket hög risk” och då bör alla riskfaktorer behandlas enligt gällande riktlinjer. Deltagarens läkare informeras om resultatet av hälsosamtalet.

Vid ärftlighet av sjukdom är det viktigt att uppmärksamma att levnadsvanorna har stor betydelse och att det är möjligt att minska sjukdomsriskerna genom att förändra sitt sätt att leva.

7.4 Stress

Stress mäts i fråga 11. Stress har ofta stor betydelse för uppkomsten av ohälsa exempelvis hjärt-kärlsjukdomar samt besvär i rörelseorganen. Stress är dock ett ospecifikt begrepp och har idag fått många olika betydelser för olika människor. Stress och stressreaktioner har alltid funnits och är nödvändiga för överlevnad. Vid stresspåslag slår hjärtat snabbare, blodtrycket stiger, andningen blir hastigare, musklerna spänns och halten av stresshormoner ökar.

Såväl yttre som inre krav och händelser kan påverka individer på ett negativt sätt. Det är särskilt när kraven är höga, utan att man kan påverka situationen som stressen blir svår.

Kroppen klarar toppar av stress om möjlighet till återhämtning finns. Stresspåslag med alltför täta intervall, under alltför lång tid eller om den är förenad med känslor av olust, kan bli skadlig och ge svåra symtom. Vid en längre tids stress uppstår ofta psykiska problem med nedstämdhet, depression, trötthet, sömnsvårigheter och utmattningsdepression, men även fysiologiska besvär exempelvis i mage, värk i muskler och huvud, högt blodtryck och ateroskleros.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Ingen udd är kopplad till stress, men stress kan sättas i samband med fråga 6 om det allmänna hälsotillståndet.

Om deltagaren ofta eller mycket ofta upplever perioder av stress bör samtalet fördjupas samt egenvårdsmaterial erbjudas. Ofta ligger fokus på det som stressar och inte fungerar, men det kan vara bra att utforska det som fungerar, vad deltagaren mår bra av och vad den värdesätter i livet. Genom att stärka det positiva och göra små förändringar kan välbefinnandet på sikt öka.

Nedan några tips för minskad stress:

- Sänk kraven på dig själv
- Lägg tid på rätt saker
- Lär dig att säga nej
- Försök att göra en sak i taget
- Skriv ner det som stressar dig
- Lyssna på kroppens tecken på stress
- Rör på dig, det tar udden av stressen
- Hitta stunder för dig själv
- Avspänningsövningar och meditation kan hjälpa
- Ät mycket frukt och grönsaker

Det kan vara aktuellt med ytterligare hjälp för stresshantering och eventuellt fysisk aktivitet på recept (FaR). Har deltagaren företagshälsovård kan det finnas möjlighet att vända sig dit.

7.5 Sömn

Fråga 12 berör deltagarens sömn. En god sömn är central för hälsan bland annat eftersom sömnen är livsnödvändig för kroppslig och mental återhämtning och har stark koppling till

vårt psykiska välbefinnande. Under sömnen sorterar hjärnan den information som den tagit emot under dagen. Hjärnans återhämtning är beroende av sömnen, men även en rad andra viktiga funktioner, t ex utsöndring av olika hormoner. Under sömnen aktiveras och förstärks immunförsvaret. Under sömnen återuppbyggs också nervkopplingar i hjärnan, något som är viktigt för vår minnesfunktion.

Normalt behövs 7-8 timmars sömn per dygn. De första timmarna av sömn verkar ha störst betydelse för återhämtningen. En god sömn anses vara en lång och obruten sovperiod. En dålig sömn bedöms vanligtvis innehålla minst fem uppvaknanden. Stress, kraftiga snarkningar, vissa sjukdomar och mediciner kan påverka sömnen negativt. Var tredje person har då och då sömnproblem, mest drabbade är kvinnor. Allvarliga sömnproblem leder inte sällan till försämrad livskvalitet och ibland också till ökad risk för sjukdom, som till exempel hjärt-kärlsjukdomar och depressioner.

Nattarbete innebär en påfrestning för kroppen. Långsiktiga effekter av nattarbete är högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, besvär från mage och tarm och sannolikt diabetes.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Ingen udd är kopplad till denna fråga, men kan sättas i samband med fråga 6. För deltagare som uppger sig ha sömnbesvär kan samtalet fördjupas kring hur svåra vilka besvären är.

Några tips kring sömnhygien:

- Försök att gå till sängs och gå upp vid ungefär samma tid varje dag
- Varva ner ett par timmar innan sänggåendet
- Ät inte middag för sent på kvällen
- Undvik kaffe, coca-cola, starkt te, alkohol och nikotin
- Regelbunden motion är bra, men undvik hård fysisk aktivitet ett par timmar innan sovdags
- Sov svalt, mörkt och med god ventilation
- Skjut upp det som inte kan lösas till morgondagen
- Ha gärna block och penna på sängbordet och skriv ner tankarna

Egenvårdmaterial samt sömnsamtal erbjuds.

7.6 Tillfredsställelse i hem- och familj, arbete/sysselsättning och fritid

Fråga 13 ställs för att få fördjupning kring deltagarens tillfredsställelse i sin livssituation. Brist på socialt nätverk, copingförmåga och känsla av sammanhang kan resultera i minskat välbefinnande och hälsoproblem. Brist på sociala relationer/stöd/nätverk kan ge stressfysiologiska symtom och ingå i flera orsakskedjor så att risken för hjärt- kärlsjukdom ökar.

Antonovskys (1991) begrepp KASAM, känsla av sammanhang, har visat sig ha ett starkt positivt samband med fysiskt och psykiskt välbefinnande, högt självförtroende och hög livskvalitet och ett starkt negativt samband med ångest.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Ingen udd är kopplad till denna fråga, men kan sättas i samband med fråga 6. Upplevs tillfredsställelsen som 1 eller 2 bör samtalet fördjupas om möjliga lösningar för att nå större tillfredsställelse. Överväg remiss till psykosocialt team.

7.7 Tobak

Av fråga 14-16 framgår om deltagaren röker eller snusar, har rökt eller snusat, om den vill sluta och behöver hjälp.

Vuxna dagligrökare har en kraftigt till mycket kraftig förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. All rökning, även tillfällig rökning och i små mängder samt passiv rökning, är förenad med hälsorisker, men risken ökar med antalet cigaretter. Det finns vetenskapligt belagd ökad risk för 58 olika sjukdomar varav kraftigt ökad risk för flera typer av cancer och ökad risk för sjukdomar i hjärta, kärl och lungor.

De flesta som röker vet att det är skadligt och majoriteten vill sluta. Att sluta röka eller snusa är alltid bäst. Speciellt viktigt är det om deltagaren redan drabbats av KOL, kärlkramp, hjärtinfarkt, slaganfall eller diabetes eller om individen har fler riskfaktorer.

Snusning innebär, liksom rökning, kraftigt nikotinberorende. Snusets skadliga effekter jämförs ofta med rökningens, men en sådan jämförelse blir skev då få saker är så skadliga som rökningen. Effekterna och hälsoriskerna för snusaren bör jämföras med att inte använda någon form av tobak. Sammanlagt innehåller snuset över 3000 olika ämnen som är skadliga för hälsan, varav 20 är cancerframkallande. Forskningen om snusets effekter på hälsan är än så länge ofullständig jämfört med forskningen om rökning.

Kunskapsläget om snus kan förnärvarande sammanfattas i att snusning ökar risken för cancer i bukspottkörteln, permanenta och irreparabla munslemhinneförändringar med blottade tandhalsar samt diabetes typ 2 (konsumtion av minst 5 dosor/vecka). Det finns också indikationer på att snusning ökar risken för cancer i matstrupe och magsäck, oral cancer, dödlig hjärtinfarkt, förhöjt blodtryck, metabolt syndrom, dödlighet vid cancerdiagnos, idrottsskador i muskler, leder, ligament och senor samt stukningar och skelettskador.

Vid graviditet kan snusning öka risken för havandeskapsförgiftning, reducerad födelsevikt, förtida förlossning och missfall samt andningsstörningar hos det nyfödda barnet som tros kunna leda till plötslig spädbarnsdöd.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Full udd	Röker eller snusar aldrig
Halv udd	Snusar (dagligen eller inte dagligen)
Tom udd	Röker (dagligen eller inte dagligen)

Deltagare som använder tobak skall uppmuntras att sluta röka/snusa. Ta reda på hur länge och hur mycket tobak deltagaren använder. Ge följande tips och råd till den som vill sluta använda tobak:

- Sätt ett stoppdatum
- Be deltagaren tänka igenom viktiga argument
- Ät regelbundet
- Drink mer vatten än vanligt
- Fysisk aktivitet är bra

Som ytterligare stöd erbjuds kvalificerat rådgivande samtal hos tobaksavvänjare eller via Sluta Röka Linjen 020-84 00 00 och ev nikotinläkemedel. Egenvårdsmaterial erbjuds.

Har deltagaren blodfetsrubbnig, högt blodtryck, övervikt/fetma, lungsjukdom, cancer, diabetes, schizofreni eller depression är det särskilt angeläget att ge hjälp och stöd att sluta röka.

Har deltagaren tidigare använt tobak uppmuntra till fortsatt tobakfrihet och berätta gärna om vinsterna som gjorts.

7.8 Fysisk aktivitet

Fråga 17-20 rör fysisk aktivitetsnivå i form av vardagsmotion, fysisk träning, stillasittande tid samt om deltagaren vill öka sin fysiska aktivitet.

Fysisk aktivitet definieras som all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning. Otillräcklig fysisk aktivitet under en längre tid innebär en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtidig död. Exempelvis ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar, diabetes typ 2 och vissa cancersjukdomar (framför allt tjocktarmscancer och bröstcancer) men även psykiska besvär och problem från rörelseapparaten. Bibehållen fysisk aktivitet genom livet bidrar till att människor kan leva ett oberoende liv långt upp i åldern.

Den som är fysiskt inaktiv har mest att vinna på att öka sin fysiska aktivitet. Man räknar att denna grupp minskar sin sjukdomsrisk för hjärt-kärlsjukdom med 30-50% genom att börja med regelbunden, helst dagligen, måttligt intensiv aktivitet, t ex promenader.

Rekommendationerna från Svenska läkaresällskapet (2011) säger att vuxna individer ”*bör vara fysiskt aktiva i sammanlagt **minst 150 minuter i veckan**. Intensiteten bör vara minst **måttlig**. Vid hög intensitet, minst 75 minuter per vecka. Aktivitet av måttlig och hög intensitet kan kombineras. Aktiviteten bör spridas ut över flera av veckans dagar. Aktiviteten kan utföras i pass om minst 10 minuter. Aktiviteten ska vara av aerob karaktär, där måttlig intensitet ger en ökning av puls och andning, medan hög intensitet ger en markant ökning av puls och andning. Utöver detta bör också **muskelstärkande** fysisk aktivitet utföras **minst 2 gånger per vecka** för flertalet av kroppens stora muskelgrupper. **Långvarigt stillasittande bör undvikas**. Regelbundna korta pauser med någon form av muskelaktivitet under några minuter rekommenderas för dem som har stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden. Detta gäller även dem som uppfyller rekommendationerna om fysisk aktivitet”.*

Att sitta stilla många timmar om dagen utan avbrott ökar risken för en mängd sjukdomar, även om personen är fysiskt aktiv i övrigt (Thorp et al 2011). Ju fler stillasittande timmar per dag desto mer ökar risken för högt midjeomfång, BMI, systoliskt blodtryck, triglycerider, 2-timmars plasmaglukos och seruminsulin och lägre HDL-kolesterol. Korta avbrott i stillasittandet minskar den negativa hälsoeffekten. Med ökat antal avbrott i stillasittande tid ses ett positivt samband med flera metabola riskfaktorer. Detta samband är oberoende av total tid i stillasittande och tid med måttligt intensiv fysisk aktivitet (Eklom Bak 2013).

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Udden bestäms utifrån hur många aktivitetsminuter deltagaren kommer upp i under en vanlig vecka (fråga 17 om vardagsmotion och fråga 18 om fysisk träning). ”Fysisk träning” genererar dubbelt så många aktivitetsminuter som vardagsmotion, dvs 45 minuters promenad och 30 minuters löpning blir 105 aktivitetsminuter (45+30x2). Vardagsmotionen ska vara av *aerob karaktär*, där måttlig intensitet ska ge en ökning av puls och andning. Den fysiska träningen ska ge en markant ökning av puls och andning.

Full udd	≥150 aktivitetsminuter
2/3 udd	120-149 aktivitetsminuter
1/3 udd	60-119 aktivitetsminuter
Tom udd	<60 aktivitetsminuter

Med deltagare som inte når upp till full udd hålls rådgivande samtal med egenvårdsråd. Det kan kompletteras med FaR-recept som innehåller individuellt anpassad aktivitet och aktivitetsnivå samt uppföljning. Samtalet bör innehålla frågor om deltagarens nuvarande och tidigare fysiska aktivitet samt hur mycket deltagaren tycker sig hinna med. Mer information om FaR och aktivitetsarrangörer finns på www.regiongavleborg.se/far. Viktigt är att aktivitetsnivån sätts till en lagom nivå. Då är det lättare att undvika bakslag och uppnå god följsamhet.

Riktlinjerna för fysisk aktivitet rekommenderar måttligt intensiv aktivitet helst varje dag sammanlagt minst 30 minuter, t ex rask promenad. Detta bör utgöra basaktiviteten för de flesta människor. Utöver basaktiviteterna kan ytterligare hälsoeffekt uppnås genom mer intensiv fysisk aktivitet dvs konditionsträning 3-5 gånger per vecka. Styrketräning 2-3 gånger per vecka resulterar dessutom i bättre balans och muskelstyrka med minskad sårbarhet för vardagslivets småtrauman. Det är även av vikt att balansera en högre grad av fysisk aktivitet med väl avvägd vila och rekreation.

Fysiskt tunga arbeten kan kräva fysisk träning på fritiden för att orka med arbetet. Beroende på hur arbetet genomförs kan det behöva kompletteras med träning på ett eller flera områden. Den som har mycket av ensidiga rörelser behöver t ex utveckla smidighet och kanske kondition. Den som har tungt jobb och/eller många lyft kan behöva styrketräna för att bygga upp de nödvändiga marginalerna för att klara av arbetet.

Stillasittande tid, både på fritiden och i arbetet ska beaktas. Idag finns inga specificerade riktlinjer kring stillasittande, men det generella rådet är att försöka begränsa det långvariga stillasittandet under dagen och göra kortare avbrott i stillasittandet var trettionde minut. Avbrotten kan vara en minut och behöver inte innebära hög intensitet, det räcker med ett kort aktivt avbrott (Ekblom Bak 2013).

Några tips för minskat stillasittande:

- om du måste sitta och arbeta, ta paus ofta och ställ dig upp en stund (äggklocka vid datorn). Riktlinje: stå upp ett par minuter varje halv-timme, trampa runt lite med benen
- ”smygträna” när du sitter länge (vid skrivbordet, på konferens, på resa)
- stå upp när du pratar i telefon
- res dig upp i reklampausen på TV och gå runt lite
- placera även datorn så att du står framför den
- om du måste ta bilen, parkera längst bort på parkeringsplatsen
- köp ett par stavar och gå ut en sväng
- ha flera gympaskor och ha de på plaster där du brukar vara
- välj ett matställe en bit bort
- åk kommunalt

För deltagare med högt blodtryck, blodfettssrubbnig, övervikt/fetma/stort bukomfång,

diabetes, depression och schizofreni är det särskilt angeläget uppmärksamma fysisk aktivitet och stillasittande tid. Se gärna i FYSS (www.fyss.se) samt ha eventuellt dialog med läkare för att utforma lämplig aktivitet och dosering.

Tillräckligt fysiskt aktiva deltagare uppmuntras att fortsätta vara fysiskt aktiva eller öka sin aktivitetsnivå. I princip bör alla deltagare få rådet att vara/bli fysiskt aktiv.

7.9 Matvanor

Fråga 21-28 handlar om matvanor och viljan att förändra dessa. Mat och måltider är centrala i våra liv, som källa till glädje, njutning och som mötesplatser. Matvanor speglar många gånger vilka vi är. Matvanorna uttrycker till stor del en persons sociala och kulturella tillhörighet och speglar livssituation, utbildning, ekonomi, kön med mera.

Matvanorna har stor betydelse för vår hälsa och prestationsförmåga, både på kort och på lång sikt. Maten kan påverka inlärning, reaktion, koncentration och ork. Hur matvanorna ser ut påverkar också risken att drabbas av fetma, hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ 2 och vissa cancersjukdomar. Sammantaget bedöms ohälsosamma matvanor ge en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Goda matvanor förbygger bland annat högt blodtryck, osteoporos och undervikt. Hela kroppen fungerar bättre och det är lätt att äta lagom mycket, om mat intas regelbundet.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

De frågor som ger underlag till stjärnprofilen är fråga 21-24 där *Kostindex* räknas ut. Svartalternativen på matfrågorna 21-23 är poängsatta i fallande skala från 3-0 poäng. Fråga 24 poängsätts från 0-3 poäng. Det är möjligt att få max 12 poäng. Efter inmatning av enkätsvar i hälsosamtalswebben ges en sammanställning av kostindex och nivån på stjärnudden blir utprickad.

Full udd	9-12 poäng
Halv udd	5-8 poäng
Tom udd	0-4 poäng

- 0-4 poäng. Betydande ohälsosamma matvanor. Deltagaren bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal
- 5-8 poäng. Ge kostråd i termer av möjliga förbättringar som underlag för en diskussion om matvanornas betydelse för hälsan. Egenvårdsmaterial delas ut
- 9-12 poäng. Kostråden följs i stort. Deltagaren bör uppmuntras att fortsätta sin goda kosthållning eller förbättra den

Kostindex säger inget om energiintag och livsmedelsval varför detta bland annat uppmärksammas genom att kostindexfrågorna i enkäten kompletteras med frågor kring fullkornsprodukter och fetter samt frukostvanor. Regelbundet intag av frukost kan leda till minskat överätande under dagen och till att man väljer mindre energitäta mat resten av dagen. Regelbundet frukostätande indikerar också en förmåga att planera matvanorna och avspeglar ofta om en individ har regelbundna måltider. Frågorna kan muntligt kompletteras med frågor om måltidsordning, mängder/portioner, snabbmat, planering, tillagningsmetoder mm.

Svenska näringsrekommendationer ger riktlinjer för hur vi alla bör äta:

- Äta mycket frukt och grönt, 500 gram om dagen. Ex tre frukter och två rejäla nävar grönsaker
- Ät fisk och skaldjur ofta, gärna tre gånger i veckan. Variera mellan feta och magra sorter och välj miljömärkt.
- Välj i första hand fullkornsprodukter när du äter ex bröd, flingor, gryn, pasta och ris
- Välj nyttiga oljor i matlagningen, exempelvis rapsolja eller flytande matfetter gjorda på rapsolja
- Välj magra, osötade mejeriprodukter som är berikade med D-vitamin.
- Ät mindre rött kött (dvs nöt, gris, lamm, ren och vilt) och chark. Inte mer än 500 gram i veckan
- Minska ner på saltet när du lagar mat, men använd salt med jod
- Håll igen på godis, bakverk, glass och annat med mycket socker. Minska särskilt på söta drycker
- Välj gärna nyckelhålmärkta varor. Det är en symbol som hjälper dig att hitta mat med mindre socker och salt, mer fullkorn och fibrer och nyttigare eller mindre fett

Dessutom rekommenderas:

- Använd tallriksmodellen
- Regelbundna måltider - frukost, lunch, middag samt ett par mellanmål
- Ta kontroll över ”vid sidan om ätande”
- Rör på dig, gärna minst 30 minuter varje dag. Ta till exempel raska promenader och minska stillasittandet genom att ta korta aktiva pauser.



Deltagare som jobbar natt ska försöka hålla så normala mattider som möjligt under dagen. Frukost vid dagens början efter nattarbetet, innan det är dags att sova. Lunch mitt på dagen och kvällsmat tidig kväll samt ett till mål mat nära midnatt, men inte efter midnatt och fram till 06.00 (om deltagaren har ett fysiskt krävande jobb är det okej med en lättare måltid).

Vid rådgivningen tas hänsyn till deltagarens vikt/bukomfång, blodsocker- och blodfettsnivåer, blodtryck samt ev förekommande sjukdom eller sjukdom i släkten. För deltagare med dessa risker samt deltagare med depression, ångest, schizofreni och diabetes är det särskilt angeläget att erbjuda stöd för att äta mer hälsosamt. Även gravida, ammande och föräldrar är viktiga grupper att ge råd kring matvanor.

7.10 Vikt och övervikt

I hälsosamtalet används två mått, midjemått och BMI (Body Mass Index), för att bedöma om övervikt eller fetma föreligger.

Övervikt och fetma ger en rad hälsoproblem och ökad risk för bland annat högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdomar, diabetes typ 2, stroke, sjukdomar i rörelseorganen, sömnapné, gallvägssjukdomar och vissa cancerformer, bland annat tjocktarmscancer.

Med stigande ålder minskar muskelmassan vilket leder till minskad energiförbrukning och det blir lättare att öka i vikt.

Ett högt midjemått, dvs bukfetma, ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Fettet från bukens celler är mer aktivt än fettet från exempelvis låren. Det går in i blodomloppet och påverkar kärl, lever, blodfetter och blodtryck negativt. Bukfetma gör också att sockret bryts ner sämre i kroppen eftersom insulinet fungerar sämre.

Bukfetma, stillasittande, dålig kondition samt obalans i kosten leder till minskad insulinkänslighet. Detta i sin tur kan leda till glukosintolerans (diabetes typ 2), blodtrycksstegring samt till en rad metabola rubbningar (höga triglycerider m m) vilka tillsammans kallas metabola syndromet. Fetma i sig utan metabolt syndrom innebär högre risk för hjärtkärl-sjukdom. Metabolt syndrom i sig innebär en 2-3 ggr ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, oberoende av kroppsvikt.

Midjemått ger ett mått på bukfetman och mäts med måttband. Det mäts på kroppen dvs tröja/skjorta dras upp, med personen stående efter en lugn utandning. Mätningen görs i navelhöjd, ”horisontellt” mitt emellan nedersta revbenet och höftbenskammen. Gränsvärdet/kriteriet för lätt bukfetma/bukfetma är olika för kvinnor och män.

Risk för fetmarelaterad sjukdom*)	Män	Kvinnor
Låg risk	< 94 cm	< 80 cm
Ökad risk	≥94 cm	≥80 cm
Rejält ökad risk	≥ 102 cm	≥ 88 cm

*) diabetes och/eller hjärt-kärlsjukdom

BMI ger ett mått på vikten i förhållande till längden och räknas ut genom att dividera vikten med längden i kvadrat. Längd och vikt mäts utan skor.

Undervikt	≤18.5
Normalvikt	18.5 – 24,9
Övervikt	25 – 29,9
Fetma	≥30

För att räkna ut ”lagomvikt”, exempelvis BMI=25, tas längden (i meter) i kvadrat och multipliceras summan med 25. Den som t.ex. är 170 cm har ”lagomvikten” $1.70 \times 1.70 \times 25 = 72.25$ kg.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Udden sätts utifrån det minst gynnsamma värdet av midjemått eller BMI. (För vältränade deltagare bör dock midjemåttet ges högre status än BMI).

Full udd	Midjemått < 94 cm (man) eller < 80 cm (kvinna) eller BMI < 25
2/3 udd	Midjemått 94-97,9 cm (man) eller 80-83,9 cm (kvinna) eller BMI mellan 25-27,9
1/3 udd	Midjemått 98-102 cm (man) eller 84-88 cm (kvinna) eller BMI 28-29,9
Tom udd	Midjemått >102 cm (man) eller > 88 cm (kvinna) eller BMI \geq 30

- BMI \geq 30 eller midjemått \geq 102 cm (man) och \geq 88 cm (kvinna) med eller utan andra riskfaktorer. Erbjud remiss till dietist, välj åtgärdsform (grupp eller enskilt) i samråd med personen. Erbjud FaR
- BMI 27-29,9 eller midjemått \geq 94 cm (man) och \geq 80 cm (kvinna) med fler riskfaktorer. Erbjud remiss till dietist, välj åtgärdsform (grupp eller enskilt) i samråd med personen. Erbjud FaR
- BMI 25-29,9 eller midjemått \geq 94 cm (man) och \geq 80 cm (kvinna) som enda riskfaktor. Erbjud levnadsvaneråd och egenvård t ex Viktväktarna och FaR

Erbjud råd för en kostförändring som innebär minskat energiintag. Personer med ett högt energiintag har ofta en ohälsosam sammansättning av sin kost varav kostråd enligt kap 7.9 rekommenderas.

Vid viktnedgång förloras oftast inte enbart fettvävnad, utan även muskelmassan minskar och basalomsättningen sjunker. Förutsättningen för att förbränna adekvat mängd energi minskar och risken för viktuppgång med en större andel fettvävnad ökar. Behandling vid övervikt/fetma bör därför innehålla råd om underhåll/uppbyggnad av muskulaturen, som samtidigt ökar fettförbränningen. Uppmuntra till fysisk aktivitet och erbjud FaR enligt kap 7.8.

Det är mycket svårt att nå stora viktreduktioner. Kanske är det inte heller nödvändigt för att förebygga t ex diabetes, men detta innebär inte att övervikt och fetma kan negligeras. Individen måste sätta realistiska mål för att ha förutsättningar att lyckas. En person som satsar rejält för att förändra livsstil och ändå ”bara” går ned tre till fem kg i vikt kan kanske känna sig misslyckad och på grund av detta återfalla i sina gamla levnadsvanor. Men även en till synes liten viktnedgång på tre kilo kan halvera risken att insjukna i diabetes, i synnerhet om personen är fysiskt aktiv minst 30 minuter varje dag och har hälsosamma matvanor.

Ökad fysisk aktivitet utan påtaglig viktnedgång medför också minskning av riskfaktorer, men de personer som både kan minska sin vikt och öka sin fysiska aktivitet och äta rätt uppnår de största vinsterna och därmed minskad risk att insjukna i diabetes.

7.11 Alkoholvanor

Vuxna med ett riskbruk av alkohol har kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Alkoholkonsumtion berörs i fråga 29-32 i hälsosamtalsenkäten.

Det är viktigt att deltagarens alkoholvanor tas upp på ett respektfullt och icke anklagande sätt. Fråga hellre: ”Dricker du alkohol?” än ”Hur mycket alkohol dricker du?”. Det är vanligt att människor dricker på en riskfylld nivå utan att veta om det.

Det finns gränser satta för vad som betraktas som riskbruk, men det är dock alltid den individuella känsligheten som styr. Det finns inga riskfria gränser. En avvägning måste göras i samtliga enskilda fall. För vissa personer innebär även en lägre konsumtion en risk exempelvis utifrån sociala förhållanden och arv eller medicinska förhållanden som gastricbypass operationer.

Alkohol är en sjukdomsalstrande substans och kan kopplas till ett sextiotal olika sjukdomar och hälsoproblem. Olika typer av riskbruk av alkohol kan ge upphov till olika typer av negativa konsekvenser. En hög genomsnittlig konsumtion men sällan en större mängd alkohol vid ett och samma tillfälle ökar risken dels för kroniska skador på kroppen (risk för bland annat högt blodtryck och skador på hjärta och kärl, leverskador och olika former av cancer) dels för psykiska störningar och sociala problem. En större mängd alkohol vid ett och samma tillfälle (intensivkonsumtion) ökar risken för dels akuta effekter (olycksfall, våld och sociala problem) dels psykiska störningar.

Tolkning av resultatet samt åtgärder:

Riskbruk av alkohol definieras utifrån fråga 30 och 31. Fråga 30 handlar om den totala veckokonsumtionen. Deltagaren ska skatta det sammantagna antal standardglas den dricker (öl, vin, sprit, likör etc.) under en vecka utifrån exemplen i enkäten. Fråga 31 handlar om intensiv/berusningskonsumtion av alkohol, dvs hur ofta en kvinna dricker fyra standardglas eller fler alternativt en man dricker fem standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle, t ex under en kväll. Utifrån det sämsta ”värdet” av veckokonsumtionen eller intensivkonsumtionen sätts udden.

Full udd	Man < 14 standardglas/vecka Kvinna < 9 standardglas/vecka Intensivkonsumerar alkohol mindre än en gång i månaden eller aldrig
Halv udd	Deltagaren intensivkonsumerar varje månad
Tom udd	Man ≥14 standardglas i veckan Kvinna ≥9 standardglas i veckan Intensivkonsumerar varje vecka, dagligen eller nästan dagligen

Rådgivande samtal kring deltagarens alkoholvanor bör inledas om:

- Deltagaren får halv eller tom udd
- Deltagaren uppvisar symptom som kan vara alkoholrelaterade t ex förhöjt blodtryck, magbesvär, höga blodfetter eller storrökning
- Om deltagarens uppträdande t ex alkoholdoft, lynnighet, förnekande attityd rörande deltagarens alkohol medför misstanke om riskabel/skadlig alkoholkonsumtion
- Om deltagarens sjukdomshistoria ger anledning att leta grundorsaken i högt alkoholintag

Deltagaren delges information kring riskbruk och erbjuds egenvårdsmaterial. Uppmuntra att minska alkoholkonsumtionen exempelvis via följande råd:

- Drink inte alkohol för att släcka törsten
- Drink vartannat glas vatten
- Välj alkoholfria alternativ
- Välj svagare ölsorter
- Späd ut drinkarna
- Drink ingen alkohol på fastande mage
- Undvik alkohol efter tolvslaget
- Tänk igenom för- och nackdelar med ditt drickande och hur du och din hälsa påverkas
- Skriv ner hur mycket alkohol du dricker under en veckas tid

Hänvisa till www.alkoholhjalpen.se eller www.alkoholprofilen.se, eller att ringa Alkoholnlinjen 020-84 44 48. Erbjud eventuellt återbesök för screening med Audit. Vid behov remittera eller hänvisa till beroendecentrum eller liknande.

För vissa grupper är riskbruk av alkohol mer riskfyllt än för andra, varför det är särskilt angeläget med stöd för att minska alkoholkonsumtionen. Exempel på sådana grupper är personer med blodfettssrubbingar, högt blodtryck, övervikt eller fetma, kronisk smärta, leverpåverkan, hudsjukdom, schizofreni och ångest eller depression.

Deltagare som får full udd kan ändå delges information kring riskbruk. Uppmuntra att behålla alkoholkonsumtionen på låg nivå.

7.12 Blodtryck

Högt blodtryck, i synnerhet högt systoliskt blodtryck, är den viktigaste riskfaktorn för stroke. Det finns ärftlig koppling till hypertoni. Undersökningar har visat att 30-60 procent av blodtrycksvariationen är ärftlig (Levy et al 2000, Hunt et al 1986).

Blodtrycket mäts sittande efter 5 minuters vila i höger arm med armen i jämnhöjd med hjärtat. Fråga deltagaren om den medicinerar mot högt blodtryck.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Om systoliskt och diastoliskt ligger i olika uddar används det högsta värdet.

Full udd	≤139/89
Halv udd	140-159/90-99
Tom udd	≥160/≥100

Har deltagaren diabetes krävs ett blodtryck under 130/80 mmHg för full udd, annars blir den tom. För blodtrycksmedicinerande ges full udd vid <140/<90 mmHg, annars tom udd.

Blodtryck högre än 140/90 mmHg, dvs halv eller tom udd, föranleder ytterligare två kontroller med minst en veckas mellanrum. Om blodtrycket är förhöjt efter dessa två mätningar diskuteras handläggning med läkare.

Ge råd om matvanor, bland annat kring fettsammansättning och saltreduktion, samt råd om fysisk aktivitet, eventuellt FaR och viktreduktion utifrån bedömning av vad som är mest lämpligt i det enskilda fallet. För rökare är rökstopp särskilt viktigt för att minska risken för både infarkt och slaganfall. Beakta om ett högt alkoholintag ligger bakom hypertenin. Minskad stress är också angeläget.

Blodtryck ≥ 180/115 mmHg bör omedelbart föranleda diskussion med läkare.

Deltagare med högt-normalt blodtryck (130-139/85-89mmHg) bör informeras om påtagligt goda möjligheter att minska risken för att blodtrycket utvecklas vidare till hypertoni genom framförallt viktminskning, ökad fysisk aktivitet, alkoholreduktion (om den är hög, dvs alkoholintaget bör vara högst måttligt), saltreduktion och stressminskning. FaR-recept är lämpligt. De bör rekommenderas att själva se till att blodtrycket kontrolleras någon gång årligen.

7.13 Blodsocker

Vid hälsosamtalet tas P-glukos (icke faste).

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Full udd	$\leq 7,7$ - Ingen ytterligare åtgärd
Halv udd	7,8-12,1 - Två fP-glukos tas enligt rutin
Tom udd	$\geq 12,2$ - Kontakta ansvarig läkare

Ju fler riskfaktorer deltagaren har desto större är risken att diabetes och hjärt-kärlsjukdom utvecklas. Särskild riskökning föreligger om deltagaren röker, har hypertoni, lipidrubbing, övervikt, ärftlig belastning för diabetes/hjärt-kärlsjukdom eller är fysiskt inaktiv. Kvinnor som haft graviditetsdiabetes har mycket hög risk att senare utveckla typ 2-diabetes.

Erbjud råd om levnadsvaneförändringar samt informera om sambandet med hjärt-kärlsjukdom.

7.14 Blodfetter

Förhöjt kolesterolvärde är, jämte rökning, den starkaste riskfaktorn för hjärtinfarkt. Förhöjda blodfetter i samband med fler riskfaktorer ökar risken att insjukna. Läkemedelsverket rekommenderar inte allmän screening utan endast provtagning då andra riskfaktorer föreligger. Därav ingår inte lipidstatus i basprogrammet för Gävleborgs hälsosamtal.

Om deltagaren uppvisar riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom tas provet i efterhand på följande målgrupper (utifrån Läkemedelsverkets Läkemedelsbok 2017):

- Vid genomgången hjärtinfarkt eller annan manifestation av aterosklerotisk hjärtkärlsjukdom.
- Personer utan aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom men med risk för hjärt-kärlsjukdom (ex hypertoni) eller vid metabola rubbningar som t ex diabetes, nedsatt glukostolerans, njursjukdom, leversjukdom eller hypotyreos. Kan också gälla livsstilsfaktorer som rökning, kostavvikelser, övervikt framförallt bukfetma och hög alkoholkonsumtion.
- Familjära lipidrubbingar.

Provtagning av lipidstatus avser S-kolesterol, HDL-kolesterol, Triglycerider och LDL-kolesterol. Blodprovet skall tas sittande efter minst fem minuters vila och på fastande mage.

Provsvaret dokumenteras i efterhand i Hälsosamtalswebben via ”ändra befintlig” och ”journalblad”.

Tolkning av resultat samt åtgärder:

Blodfetterna måste bedömas utifrån total riskprofil, dvs utifrån förekomst av etablerad hjärt-kärlsjukdom och andra riskfaktorer som exempelvis metabolt syndrom, diabetes, blodtryck, rökning och inte minst ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom. Konsultera gärna läkare för hjälp vid bedömning.

Rådgivningen bör också innehålla råd om måttlighet med alkohol eller att stödja högkonsumenter att sänka sin konsumtion.

Önskvärd nivå/målsättning

Totalkolesterol	<5,0 mmol/l
LDL-kolesterol	<3,0 mmol/l
Triglycerider	<1,7 mmol/l
HDL män	>1,0 mmol/l
HDL kvinnor	>1,3 mmol/l

Önskvärd nivå diabetiker

Totalkolesterol	<4,5 mmol/l
LDL-kolesterol	<2,5 mmol/l

Grunden i all behandling av förhöjda blodfetter är levnadsvaneförändring. Utifrån provsvar ges individuella råd om matvanor och om kvaliteten på fett i maten. Vid övervikt ges råd om viktminskning/viktstabilitet. Dessutom ges råd om fysisk aktivitet och eventuellt FaR. För rökare är rökstopp särskilt viktigt för att minska risken för både infarkt och slaganfall.

Grupp 1

Totalkolesterol >4,5 mmol/L hos personer med ischemisk hjärt-kärlsjukdom eller diabetes skall åtgärdas aktivt med levnadsvaneförändringsprogram. Familjeläkare kontaktas för vidare handläggning.

Grupp 2

Totalkolesterol >5,0 mmol/L hos personer med riskfaktorer (rökning, hypertoni, övervikt, framförallt bukfetma samt ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom eller hyperlipidemi) skall föranleda levnadsvaneförändringsprogram samt ytterligare provtagning efter 6 månader.

Om TG >1,7 mmol/L och/eller HDL <1,0 mmol/L för män respektive <1,3 för kvinnor ges levnadsvaneråd och nytt lipidstatus tas efter 6 månader.

Höga triglyceridvärden kan förekomma vid en alltför hög energitillförsel och vid hög alkoholkonsumtion. Höga TG är också vanligt vid övervikt, speciellt om det samtidigt föreligger bukfetma samt kan vara tecken på utveckling mot diabetes.

Undantag

Om en person har kolesterolvärde över 5,0 mmol/L och är på grönt och gult fält enligt risktabellen SCORE behövs inte ytterligare kolesterolprov tas. För 40-åringar är dock denna bedömning inte relevant eftersom 40-åringar, trots stor riskfaktorbelastning hamnar på grönt eller gult, dvs har väldigt liten risk att avlida före 50-års ålder. SCORE är ett medicinskt verktyg för den behandlande familjeläkaren, samt kan vara ett komplement för riskbedömning i anslutning till hälsosamtalet. Instrumentet utgår från kolesterolvärdet samt fyra andra riskfaktorer. SCORE presenteras i bilaga 1, refererad till riskålder.

Grupp 3

Totalkolesterol ≤5.0 mmol/L ges information om att kolesterolet kan påverkas vid ändrade levnadsvanor och att det är bra att behålla goda levnadsvanor för att behålla goda värden.

OBS: Extremt låga värden kan ibland vara en följd av annan sjukdom t ex hypotyreoos, leverinsufficiens eller malignitet. Konsultera ansvarig läkare.

8. Egenvårdsmaterial

Aktuella informationsblad och egenvårdsmaterial kring levnadsvanor finns att skriva ut på www.regiongavleborg.se/halsosamtal under ”Material” i vänsterspalt och/eller beställa via www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/service-och-stod/bestall_informationsmaterial/Levnadsvanor

Material och patientinformation finns också att hitta på

www.1177.se

www.sundkurs.se

www.hfsnatverket.se/sv/verktyg

www.psykologermottobak.org, slutarokalinjen.org tfn 020- 84 00 00

www.alkoholhjalpen.se, www.alkoholprofilen.se eller Alkoholhjälp 020-84 44 48

www.systembolaget.se/om-alkohol

www.fyss.se

www.livsmedelsverket.se

www.hjart-lungfonden.se/HLF/Bestall-trycksaker/Skrifter-om-halsofaror-och-sjukdomar

9. Referenser

Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur; 1991.

Blomstedt Y. Epidemiologi och Folkhälsovetenskap, Folkhälsa och Klinisk Medicin Umeå Universitet, ppt 2009-05-04.

Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006. *BMJ Open* 2015;5:e009651.doi:10.1136/bmjopen-2015-009651.

DeSalvo KB, Fan VS, McDonnellet M et al. Predicting mortality and healthcare utilisation with a single question. *Health Serv Res* 2005; 40:1234–46.

Eklom Bak E. Långvarigt stillasittande, en hälsofara i tiden. Studentlitteratur. 2013.

Fagerberg B, Wikstrand J, Berglund G et al. Mortality rates in treated hypertensive men with additional risk factors are high but can be reduced. A randomized intervention study. *American Journal of Hypertension* 1998;11;14-22.

Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *Lancet* 2002; 359: 187–8.

Hatt GV, H. Birger, F. Bastholm-Rahmner, P. Hälsoundersökningar/Hälsosamtal - En kartläggning av svenska och internationella erfarenheter 2014. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, Utvecklingsavdelningen; 2015.

Hunt SC, Williams RR, Barlow G K. A comparison of positive family history definitions for defining risk of future disease. *J. Chronic. Dis*; 1986; 39: 809–821.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38: 21–37.

Karlsson K. Psykosocial ohälsa - Samhälls-, primärvårds och individperspektiv. Institutionen för psykologi Lunds universitet: Lund; 2004.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Jämställdhet och folkhälsa, 2009:5.

Levi L. Stress och utbrändhet. Stockholm: Hjärt- lungfonden; 2001 Kvartalsskrift No: 2001:2.

Levy D, DeStefano AL, Larson M G et al Evidence for a gene influencing blood pressure on chromosome 17. Genome scan linkage results for longitudinal blood pressure phenotypes in subjects from the Framingham Heart Study. *Hypertension*, 2000; 36: 477–483.

Lindholm L, Stenling A, Norberg M et al. A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. *BMC Public Health* (2018) 18:452.

Livsmedelsverket. Svenska näringsrekommendationer. www.livsmedelsverket.se; 2016.

Läkemedelsverket. Läkemedelsboken 2017. <https://lakemedelsboken.se>. Hjärta-Kärl. Blodfettsubbningar. 20180613.

Miller W R, Rollnick S. Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring. Andra utgåvan. Norrköping: Kriminalvårdens förlag, 2003.

Nationella folkhälsoenkäten. 2014. Gävleborg. Bearbetningar av Samhällsmedicin.

Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276–288. 1982.

Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ* 1981;282:1847-51.

Socialstyrelsen. Statistikdatabas 2016.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Remissversion. Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen. November 2017.

Socialstyrelsen. Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård – Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar – Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen. Mars 2018.

Statens offentliga utredningar. SOU 2017:47. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm. 2017.

Statens folkhälsoinstitut. Sven Andreasson. Alkohol och hälsa, FHI 2005:11.

Statens folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013.

Svenska läkaresällskapet & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna 2011.

Thorp AA, Owen N, Neuhaus M et al. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996-2011. *Am J Prev Med*. 2011; 41: 207-215.

Weinehall L, Johnson O, Jansson JH et al. Perceived health modifies the effect of biomedical risk factors in the prediction of acute myocardial infarction. An incident case-control study from northern Sweden. *Journal of Internal Medicine* 1998; 243:99-107.

Weinehall L, Hellsten G, Boman K et al. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10-Year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001;suppl 56:59-68.

Västerbottens läns landsting. Utvärdering Norsjösatsningen 1985-1994. Samhällsmedicinsk rapport 95:1.1995.

Västerbottens läns landsting. Manual 2015 för Västerbottens hälsoundersökningar. 20150220.

WHO. Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet N°317.

WHO. Cancer, Fact sheet N°297.

WHO. Diabetes, Fact sheet N°312.

Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, vol. 364, no. 9438, September 11, 2004.

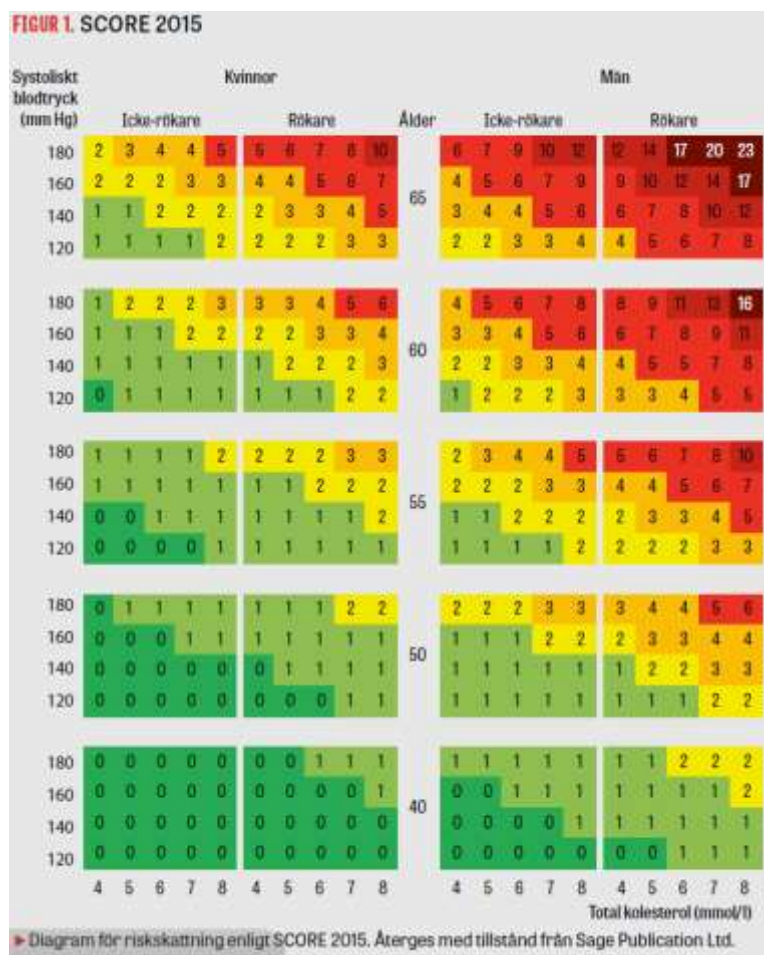
Bilaga 1 SCORE och riskålder

Riskålder är ett begrepp som är användbart som ett pedagogiskt hjälpmedel framförallt när man informerar yngre personer, exempelvis 40-åringar som har många riskfaktorer vad gäller risken för framtida hjärt-kärlsjukdom. Man utgår från SCORE-diagrammet. SCORE visar risken att avlida i hjärt-kärlsjukdom inom en tioårsperiod, baserat på kön, ålder, rökning, systoliskt blodtryck samt total kolesterol. En ung person har även vid mycket stor riskfaktorbelastning väldigt liten risk att avlida före 50-års ålder, dvs då ger SCORE inte besked om vad det innebär på längre sikt än 10 år.

Riskåldern för en person som har flera riskfaktorer, är den ålder en person har, som har samma risk men med en idealisk riskfaktorbild.

Ex: En 40-årig man som röker, har systoliskt blodtryck 120 och kolesterol 6, hamnar på en risk av endast 1% att avlida före 50-års ålder i hjärt-kärlsjukdom. Om den 40-åriga manlige rökaren istället har kolesterol på 8 och systoliskt blodtryck 160 är hans risk 2%, men hans riskålder är 65 år, dvs han har samma risk som en icke rökande 25 år äldre man med ett blodtryck på 120 och kolesterol på högst 4 mmol/l. En rökande 40-årig kvinna med ett kolesterol på 6 och systoliskt blodtryck på 180 har en riskålder på 65 år.

Observera att SCORE endast räknar med ålder, rökning, systoliskt blodtryck och kolesterolvärde. Kraftig bukfetma, fysisk inaktivitet, hereditet för hjärt-kärlsjukdom, särskilt om man har flera av dessa, i synnerhet hereditet, medför också hög risk för hjärt-kärlsjukdom, utan att det kan utläsas ur SCORE. Eftersom risken ökar påtagligt med åldern är riskålder inte på samma sätt användbart när det gäller personer 60 år eller äldre.



Bildkälla:

<http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/MC/%5BEFMC%5D/EFMC.pdf>

Bilaga 2 Uppdrag och organisation Gävleborgs hälsosamtal

Uppdraget är politiskt beslutat och ingår som en del i hälsocentralernas basuppdrag enligt Hälsovalshandboken. Hälsovalskontoret är ägare av Gävleborgs Hälsosamtal. Hälsocentralerna får målrelaterad ersättning för genomförda hälsosamtal från Hälsovalskontoret. Vårdenhetschefen ansvarar för att Hälsovalshandboken följs och därmed att hälsosamtalet genomförs enligt manual.

På varje hälsocentral utses en person (eller fler) vilken har kunskap och intresse i preventivt och hälsofrämjande arbete (levnadsvanors betydelse för hälsa) samt kunskap i hälsofrämjande samtalsmetodik, som ska utföra hälsosamtalen. Dessa benämns som hälsosamordnare. I hälsosamordnarens uppdrag ingår att på uppdrag av närmsta chef ha ansvar för att 40-åringarna bjuds in till hälsosamtal samt att genomföra dessa hälsosamtal enligt rutiner. Hälsosamordnaren har avsatt tid för arbete med hälsosamtal.

För att kunna genomföra sitt uppdrag ska hälsosamordnaren introduceras i metoden, ha genomgått utbildning i motiverande samtal eller liknande metod samt delta i de möten och utbildningar som anordnas specifikt för hälsosamordnarna, ca två gånger/år. Hälsosamordnaren bör även genomföra livsstilskursen på www.sundkurs.se.

Hälsosamordnaren ansvarar för inrapportering av kvalitetssäkringsblankett kring Gävleborgs hälsosamtal.

Hälsosamordnaren är också hälsocentralens resurs i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet vilket kan innebära att fortlöpande informera, peppa och uppmuntra övrig personal att systematiskt ta upp levnadsvanefrågor med patienter och erbjuda åtgärder.

På uppdrag av Hälsovalskontoret har Avdelning Folkhälsa och hållbarhet en utvecklande och stödjande funktion för hälsocentralerna och hälsosamordnarna genom stöd i bland annat introduktion, metodutveckling, utbildning och uppföljning på övergripande nivå.

En styrgrupp samt en expertgrupp finns knuten till Gävleborgs hälsosamtal. Chefen för Hälsovalskontoret sammankallar styrgruppen. Expertgruppen sammankallas vid behov av tjänsteman vid avdelning Folkhälsa och hållbarhet.

Nationellt

Sedan 2014 finns en temagrupp inom det svenska nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS). Temagruppen arbetar för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling kring hälsoundersökningar/hälsosamtal riktade mot hjärt- kärlsjukdomar. Avdelning Folkhälsa- och hållbarhet har ett aktivt deltagande i denna temagrupp.